Canada

The NACA Position

on Enhancing the Canadian Health Care System

No. 21

Government of Canada
Gouvernement du Canada

National Advisory Council on Aging

101-00418/

The NACA Position on Enhancing the Canadian Health Care System

This position was unanimously adopted by NACA members on September 7, 2000 following the 59th Council meeting

NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

Please send your comments, queries or change of address notice to:

National Advisory Council on Aging
Postal Locator: 1908 A1
OTTAWA, Ontario
K1A 1B4

Tel: (613) 957-1968
Fax: (613) 957-9938
E-mail: seniors@hc-sc.gc.ca
Internet: http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines

This publication is also available, upon request, in alternate formats. It can be consulted and downloaded at website: http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines.

Patricia Raymaker
Chairperson

Nancy Garrard
Director
Division of Aging and Seniors

Health Canada's Division of Aging and Seniors provides operational support to the National Advisory Council on Aging.

THE NACA POSITION ON... is a series of policy papers presenting NACA's opinions and recommendations on the needs and concerns of seniors and issues related to the aging of the population. Position papers are available at the website address above.

1st printing, 2000

© Minister of Public Works and Government Services Canada 2000

Cat. No.: H71-2/2-21-2000
ISBN: 0-662-65241-X

Agreement No.: 1754424

What is the National Advisory Council on Aging?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of Health on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

Members of the National Advisory Council on Aging (September 2000)

Chairperson	
Raymaker, Patricia	Calgary, Alberta
Members	
Lloyd Brunes	Hay River, Northwest Territories
Bubs Coleman	Saskatoon, Saskatchewan
Mary Cooley	Halifax, Nova Scotia
Jean Claude Duclos	Montréal, Quebec
Michael Gordon	Toronto, Ontario
Don Holloway	Marystown, Newfoundland
Eileen Malone	Fredericton, New Brunswick
Gérald Poulin	Ottawa, Ontario
Ruth Schiller	Osoyoos, British Columbia
Yvette Sentenne	Montréal, Quebec
Anne Skuba	Winnipeg, Manitoba
Joyce Thompson	Charlottetown, Prince Edward Island

NACA Beliefs

NACA believes that:

- Canada must guarantee the same rights and privileges to all its citizens, regardless of their age.

- Seniors have the right to be autonomous while benefitting from interdependence and the right to make their own decisions even if it means "living at risk".

- Seniors must be involved in the development of policies and programs and these policies and programs must take into account their individuality and cultural diversity.

- Seniors must be assured in all regions of Canada of adequate income protection, universal access to health care, and the availability of a range of programs and services that support their autonomy.

The NACA Position in Brief

This report examines an insidious threat to both the overall cost and the fairness of health care in Canada: that of the highly variable and growing personal expenditures across the country for services not insured by the Canada Health Act (CHA). NACA touched on this situation in a previous position paper, *The NACA Position on the Privatization of Health Care*. It now reexamines the health and financial burden to seniors in the areas of home care, medication, long-term residential care and other health expenses, and describes the wide variations across Canada in the access seniors have to public coverage and in the level of costs levied for services.

NACA's vision proposes a more equitable system. It builds a case and makes recommendations for the planned and gradual implementation of a health care system offering a complete range of services; it compares the different models of financing health care services; finally, it explores the political and financial feasibility and examines the social justice aspects of the question.

NACA's first recommendation is a reiteration of one put forth in The NACA Position on the Privatization of Health Care:

1. **That publicly funded services be extended to comprise all services necessary to restore and preserve health and functional capacity, including home care, prescription drugs, care provided in long-term care facilities, dental care and vision, hearing and other assistive technologies.**

NACA also makes the following recommendations:

2. **That the federal government increase the CHST and, where warranted, equalization payments, to make it possible for provinces and territories to extend publicly-insured health services to make them more comparable across Canada.**

3. **That the provincial and territorial governments include home care, drug care and institutional long-term care in their regular report to Canadians on health care investments and health system performance.**

4. **That the extension of health care services provided in all jurisdictions be funded through general tax revenues, without requirement for any additional individual private payment.**

5. **That in extending public insurance for health services, priority be placed on home care, then on drug benefits, followed by health and personal care provided to residents of long-term care facilities. Elements to incorporate later include dental care and vision, auditory and other assistive technologies and products.**

   That charges for room and board for residents of long-term care facilities not be set higher than current market rates in the local community for similar lodging and food services.

6. **That the federal government provide an income-tested refundable tax credit for all out-of-pocket medical expenses over $500 which have not been reimbursed by private insurance plans.**

NACA believes that Canada is currently in a favourable economic and fiscal situation to extend and sustain a wider range of health services and that public financing is the most equitable and cost-effective model of health financing. These goals can be achieved through a staged implementation which would allow adjustment by governments and the private market.

The NACA Position on Enhancing the Canadian Health Care System

INTRODUCTION

The national public health care system is an achievement which Canadians value and which must be safeguarded against encroachment. The current debate about the long-term affordability of the national public health care system has eclipsed a more insidious threat to both the overall cost and the fairness of health care: that of the highly variable and growing expenditures across Canada for services not insured by the *Canada Health Act* (CHA). According to the Canadian Institute for Health Information, growth in private expenditures for health services outpaced the growth in public expenditures during the early to mid-1990s; in 1997, all other G7 countries, except the United States, had a higher proportion of publicly covered health costs than did Canada[1]. Partly because of the high level of private health expenditures required by Canadians to supplement the services provided by the public health care system, in 2000, the World Health Organization (WHO) rated Canada 30th out of 191 countries in a comparative analysis of national health care systems. The WHO report repeatedly warned of the dangers of high levels of out-of-pocket health expenses, particularly for individuals with low income[2].

The rising private costs of non-insured — but necessary — health services, such as drugs, home care, long-term care in institutions, dental care, vision and hearing care, affect seniors disproportionately, not only because they are more likely to need health care than other Canadians[3] and have to pay more for it, but also because they have lower incomes[4]. Compared to younger adults, seniors see doctors more frequently, are hospitalized more often, use more home care services and take more drugs[5]. In 1997, senior couple households reported a higher average spending on health care ($1,582) than all households ($1,153). Seniors living alone also reported higher annual health care expenditures ($826) than one-person households in general ($707)[6]. While all provinces and territories have supplemented the hospital and physician services insured under the CHA with some level of coverage for other services, there are wide variations in access to public coverage for seniors and in the level of costs levied for services.

The Council has already drawn attention to the problem of the increasing privatization of the health care system. In *The NACA Position on the Privatization of Health Care* (1997), Council recommended the expansion of Canada's publicly-funded national health system to comprise all medically necessary services, including home care, prescription drugs and health technologies[7]. NACA reiterates this recommendation and carries it further in the present report. Beginning with a closer look at the dramatic variations in seniors' access and costs for non-insured health services across Canadian provinces and territories and at the gaps in health services provided, NACA will build a case for the planned and gradual implementation of a comprehensive public health care system based on the impact on health, comparative models of health care financing, political and fiscal feasibility and, finally, social justice.

1. NON-INSURED HEALTH SERVICES: AN UNEVEN PATCHWORK

The examination of variations affecting seniors in provincial and territorial home care, drug benefit and long-term institutional care programs borrows heavily from the detailed analysis presented to Council in 1999 by E. Richard Shillington, of Tristat Resources[8].

1.1 Home Care

Home care prevents and delays institutionalization and promotes the social integration of seniors. It responds to the changing health needs of older Canadians in a flexible, holistic manner and provides support to their informal caregivers. Decreases in the number and in the duration of hospital stays for acute health problems and an increase in the numbers of persons needing care for chronic health problems have made home care a vital component of the health care system. While the costs of services of nurses or other health professionals are usually fully covered by the province or territory, fees are often charged for support services such as homemaking and personal care. The provision of services is limited by the budget of the local home care service provider. With fixed budgets, agencies must often ration services and client income levels can be one of the rationing criteria. Often there is a minimum charge for low-income seniors and, in some

jurisdictions, fees can be waived for seniors with very low incomes. Yet, as income increases, charges also often increase. **Table 1** presents how fees for personal care services are determined in each jurisdiction[9]. There is considerable variation in the charges for service as well as in the income criteria used to determine how charges are set. Two provinces (Newfoundland and New Brunswick) may include assets as well as income in determining fees. Only Manitoba does not charge user fees for home care.

The services provided through public home care agencies may not be sufficient to meet legitimate needs[10] and tighter rationing by home care agencies to meet rising demands with fixed budgets[11] may result in a decrease in the amount of publicly supported services received. Under these circumstances, home care clients may be forced to do without the services needed, rely more heavily on informal caregivers, relinquish their home for a long-term care institution, or pay even more than they are already paying to receive additional care from private agencies — if they can.

1.2 Drug Care

Medication has become an essential element of health care, improving health and replacing or delaying hospitalization or surgical intervention. Despite their importance, drugs prescribed outside of a hospital are not universally publicly covered, but are paid for through a combination of provincial drug benefit plans, private insurance and personal payments. As shown in **Table 2**, provincial and territorial drug benefit plans vary widely in their coverage, eligibility criteria and kinds and levels of user charges (premiums, deductibles and co-payments)[12].

Methods of income-testing for drug benefits can have a dramatic impact on seniors whose income is only slightly higher than the income threshold established in a government plan. The impact can be seen in the following examples from three provinces:

- In Newfoundland, recipients of the Guaranteed Income Supplement (GIS) are covered at no cost but seniors who do not receive GIS have no coverage at all.

- New Brunswick charges a maximum annual co-payment for drugs of $200 for GIS recipients but there is no maximum for seniors not receiving GIS.

- In Saskatchewan, GIS recipients living in the community pay a $200 semi-annual deductible, whereas seniors who do not receive GIS have a semi-annual deductible of $850.

In all of these instances, having an income a few dollars higher than the GIS income threshold can be very costly in terms of lost drug coverage.

An all-or-none approach to entitlements and fee schedules can pose financial hardship for lower-income seniors and options are limited: cut back on other essentials of life or cut back on necessary drugs. There is evidence as well that increases in out-of-pocket payments have negative consequences on seniors who have limited financial maneuverability. A 1996 study by the Government of Alberta reported that lower-income seniors are at risk of financial hardship if they have high health needs or if they have unexpected emergency expenses, such as increased drug costs[13]. In other research, it was found that seniors living on a fixed income who have to suddenly pay more for rent or for medications are likely to decrease their expenses for food[14]. When Quebec introduced a provincial drug plan that provided coverage for all residents, but that required payment of a premium and co-payments and deductibles, there were major consequences for low-income seniors, who were accustomed to receiving their prescriptions virtually free of charge. Reducing or ceasing medication use because the drug costs were unaffordable resulted in a 111% increase in physician visits, a 47% increase in visits to hospital emergency rooms and an increase of 66% in hospitalizations, institutionalizations and deaths[15]. Many seniors were forced to rely on community organizations and churches to help pay for their medications.

Arguments that provinces and territories have generous drug plans protecting seniors from catastrophic drug costs and that seniors also have access to supplementary private drug insurance are not strong. In comparison with public drug plans in the United Kingdom and the Netherlands which covered 90% of drug costs in 1995, Canadian programs covered only 45%. Moreover, Canada fell near the bottom of OECD countries in the public share

of drug costs[16]. With respect to supplementary private insurance, only 52% of seniors aged 65-74 and 50% of seniors aged 75 and older were insured in 1999[17].

1.3 Long-term Residential Care

Long-term care facilities are places of residence for persons whose degree of functional impairment makes it very difficult or impossible to live at home. These facilities provide room and board as well as services such as nursing, drugs and personal care. Given the health status of the residents, most of these services are medically necessary and would be fully covered in a hospital.

As with home care and drugs, provincial and territorial charges for long-term care residences are similar for low-income seniors but vary widely for seniors with incomes above the bare minimum assured by public pensions. Charges for seniors receiving only Old Age Security (OAS) and GIS benefits are set so that these seniors are left with a personal allowance of $100 - $200 dollars per month. As seen in **Table 3**, rates and rate-setting methods for seniors with more income differ in each jurisdiction. In the Yukon, Northwest Territories and Alberta, there is a flat rate not subject to income testing. British Columbia, Saskatchewan and Manitoba set rates on the basis of income, and Ontario sets standard room rates, but uses income-testing to permit some residents to pay a lower rate. East of Ontario, the assessment of financial resources includes asset tests. The rules vary, but in essence the maximum fee is charged for long-term care until the person's assets are reduced to a minimum. The costs of long-term care for seniors with incomes of $10,000, $15,000 and $30,000 are displayed in **Figure 1** for each jurisdiction.

Clearly, seniors in some jurisdictions are paying for medically necessary services and not only for room and board. Because long-term care facilities are not technically hospitals, the letter of the *Canada Health Act* is not violated, although the spirit of it is. Furthermore, as in the case of drug charges, long-term care institutional fees in many jurisdictions are a disincentive to retirement saving, since seniors with personal income above public pension entitlements are charged more for the same benefits and standard of care as seniors with only public pension income.

1.4 Other Health Services

Many other services and products that are important in maintaining good health, independence and quality of life, particularly for seniors, are often not included among supplementary health benefits. These include dental health services, vision and hearing aids and other assistive devices.

In older adulthood, poorly fitted dentures, illness, some medications and poor oral hygiene can lead to pain and gum disease, which in turn may contribute to poor nutrition. Yet only 25% of seniors aged 65-70 and 20% of seniors aged 75+ have dental insurance, and seniors are half as likely as younger Canadians to have visited a dentist within the past year[18].

In addition to the normal decline in close vision that accompanies aging, older eyes are more susceptible to problems such as cataracts, glaucoma and macular degeneration. Most provinces and territories cover annual eye examinations to monitor vision changes and eye health, but they do not provide complete coverage of corrective eyewear for seniors, even for low-income seniors. Only 28% of seniors aged 65-74 and 26% of seniors aged 75+ have private supplementary insurance to pay for prescription glasses.

Hearing loss is the third most prevalent chronic disability among older adults and the incidence of hearing loss increases with age. An estimated 25% to 48% of seniors aged 75-79 have some degree of measured hearing loss[19]. However, some provincial health care plans do not fully cover hearing aids or other assistive devices that help reduce the effects of hearing loss.

More and more assistive technology is available to allow persons with disabilities to function independently and safely. Again, seniors comprise a large proportion of the disabled population; in 1996-97, 25% of seniors living at home reported having a long-term disability, compared to 20% of persons aged 55-64 and less than 10% of those aged 25-54[20]. Some provinces include the provision of assistive devices as a supplementary health benefit, but in others, the responsibility for providing these supports falls upon community service groups and charitable organizations[21].

2. AN ENHANCED NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM: NACA'S VISION

The Council believes that all Canadians have the right to expect the same level of health care regardless of where they live in the country. A person's level of income should not be a factor in determining access to health services or products which — evidence shows — are important to preserving health and well-being. People should not be forced to choose between health services and other amenities of life.

NACA repeats a recommendation made previously in The NACA Position on the Privatization of Health Care (1997), that:

Publicly funded services be extended to comprise all services necessary to restore and preserve health and functional capacity, including home care, prescription drugs, care provided in long-term care facilities, dental care and vision, hearing and other assistive technologies.

Extension of insured health services will require additional federal transfers to the provinces and territories, both in payments made under the Canada Health and Social Transfer (CHST) and, for less prosperous jurisdictions, in federal equalization payments. Equalization payments allow less prosperous jurisdictions to provide public services to their residents that are comparable to those offered in richer jurisdictions.

NACA recommends that:

The federal government increase the CHST and, where warranted, equalization payments, to make it possible for provinces and territories to extend publicly-insured health services to make them more comparable across Canada.

A potentially promising first step in this direction has been made with the announcement of new federal investments of $21 billion over 5 years into the CHST for health care in the context of a federal/provincial/territorial (F/P/T) Health Action Plan, as well as with the agreement to consider enhancing equalization payments. However, NACA is concerned that the opportunity to use these funds to improve home care, drug care and institutional long-term care will be lost as provinces respond to immediate public pressures within their jurisdictions to increase hospital-based services and primary care. The commitment of First Ministers to continue collaborative action to integrate home care within the health system and to address issues around drug care is only partly reassuring. At a minimum, provinces should be accountable to the public for improving home, drug and institutional long-term care until these areas come to the forefront of the F/P/T health agenda.

NACA recommends that:

Provincial and territorial governments include home care, drug care and institutional long-term care in their regular report to Canadians on health care investments and health system performance.

To be a viable goal, the Council's initial recommendation must address some key issues:

- Is it fiscally realistic to consider extending publicly-funded health care benefits, especially at a time when the financial sustainability of the current, limited public health system is questioned?

- Is public financing of health care the best policy option in terms of equity, efficiency, and cost-effectiveness?

- Should public coverage be provided for all of these services at the same time, or should they be phased-in, and in what order of priority?

- How can disparities in private health costs be alleviated pending full inclusion of services within publicly insured plans?

2.1 Can Canada Afford to Extend Health Care?

The argument against the affordability of new health care programs — as are most arguments against the long-term sustainability of the Canadian health care system — is based on projections of program costs. However, the availability of revenues to sustain cost increases is often forgotten. The federal government and many provincial governments are projecting large surpluses in the years to come. The federal government alone has recorded a financial surplus in each of the last three years — $1.3 billion in 1996-97, $12.7 billion in 1997-98 and $11.5 billion in 1998-99. Based on financial results to date this fiscal year, a financial surplus of $12 billion is expected in 1999-2000[22]. Costs of a national home care program are not yet available, although a rough cost of about $ 5 - 6 billion can be established on the basis of the value of services currently being provided by informal caregivers[23].

The cost of implementing a fully funded, comprehensive, national pharmacare program would increase public expenditures on prescription drugs by an estimated $4.3 billion[24]. These figures strongly suggest that governments can expect to have sufficient revenues to sustain and extend the health care system. Denton and Spencer have demonstrated that while program costs for pensions and health will rise as society ages, these increases will largely be offset by decreases in other programs more heavily used by a younger population, such as education and correctional services. Re-allocation of program resources will be more important in the future than controlling an overall increase in program costs[25].

Furthermore, proposed new publicly-funded health care programs are not simple additions to the existing health care system. There is a substitution effect where the new health care program reduces some of the demand for (and cost of) existing services; for example, under certain conditions, home care reduces the need for extended hospital care or for institutionalization in a long-term care facility and many drugs and new technologies decrease the need for hospitalization or surgery.

Some would argue that Canadians must make a choice between tax cuts and expansion of social and health programs. Yet both these choices have similar results. Tax cuts obviously increase the disposable income of individuals. Enhanced health care programs reduce individual out-of-pocket

health expenses, thus also increasing disposable income. The difference is that individuals with high incomes benefit most from tax cuts whereas enhanced public coverage of health services provides broader relief and has a greater positive impact on Canadians with lower incomes, in particular, seniors.

2.2 Is Public Financing the Best Policy Option?

Different types of funding mechanisms have been proposed for providing extended coverage of health products and services outside the CHA-insured system which is funded by general government revenues collected through income taxes[26]. It is important to examine the potential advantages and drawbacks of each of these proposals. Criteria to consider in this assessment include: social equity, that is, how fairly the benefits are distributed across the population; impact on overall health costs; and impact on health care utilization and on health outcomes.

One financing option is the creation of a national extended health care insurance program, similar to the provincial drug insurance plan introduced in Quebec in 1997[27]. This program would provide insurance coverage for health services not insured under the CHA for Canadians who are not covered by private plans. The national public plan would operate much like its counterparts in the private sector in that it would be self-funded by charging members income-tested premiums, and there would be deductibles and co-payments for services.

The chief advantages of this plan are that it would be self-funding and not pose a potential burden on public revenues and improve access to health services by persons of all ages with low income. It would not compete with the private sector and it would allow the government insurer to control the costs of services provided. Yet the drawbacks are serious. First, the risk pool is too small and too selective, as Quebec has discovered in the operation of its drug insurance plan. The pool of contributors to the national plan would be largely composed of people who cannot contribute to employment-based or other private insurance plans, that is, people who are unemployed, disabled or seniors. These people are more likely to have health problems and make more demands on the health services than their pooled premiums would

cover. Secondly, there would still be out-of-pocket costs for services that could be prohibitive to individuals.

Another financing model that has gained attention considers extended health services as taxable benefits[28]. Everyone would receive the services whenever they were needed without making a direct payment. However, they would get a receipt for a taxable benefit. At the end of each year, the cost of all the services used would be added to taxable income.

The advantages are that the system would be funded through additional tax revenues; all Canadians would have access to the same services and would pay according to their income level. The system would be progressive because persons with lower income would be taxed at lower tax rates and there would be a ceiling on the amount that could be charged as tax, not to place undue hardship on people with high health needs. However, the burden of cost would be disproportionately borne by the sick, who would be the heaviest users. While those who are too poor to pay income tax would be protected, those who have modest incomes would still be faced with additional costs that they cannot afford at the end of the year. The requirement to pay out-of-pocket could create disincentives to the use of needed services, thus increasing the risk of more serious health problems later and added public costs for physician and hospital services. If these individuals were to decide not to pay the tax owing on health services to avoid reducing other necessary living expenses, the government would have to choose between pursuing the sick for taxes owed or absorbing the tax loss. The system would be administratively complex and expensive, requiring methods for tracking health expenditures for each citizen and for auditing. Finally, the government would not exercise any control over the costs of health services.

A third approach involves the creation of health care savings accounts, in which workers without supplementary health insurance would be required to contribute a portion of their wages to a saving account earmarked for extended health care benefits[29]. The account would accumulate tax-free, similar to a Registered Retirement Savings Plan, and would be debited whenever a health service were used.

The one advantage of this method is that it would be self-financed by contributors. There are several shortcomings. There would be no pooling of risk as every individual would assume all personal health costs, with the potential for depleting the entire account in the event of a serious, long-term illness. Presumably, individuals who are not employed would not be insured because they could not make contributions. If the unemployed were insured at public expense, government would be assuming the highest cost burden. Because contributors would want to maintain a cushion for serious illness, they might eschew spending on preventive or on early remedial services. As well, in this entirely private system, the costs of health services would be entirely driven by market forces as they are in the USA, which has by far the highest health care costs of any industrialized country.

An alternative method is to fund extended health services in the same way that the CHA-insured services are funded, that is, through general tax revenues. The advantages are numerous: administrative simplicity and efficiency; progressivity in the sharing of costs; maximum pooling of risk; absence of disincentives to use of services when needed; and finally, maximum capacity of the government funder to control service costs. Tax-based health systems typically absorb two-to-three percentage points less of Gross Domestic Product than do social insurance models[30]. Strong support for funding health services through general tax revenues is given by the WHO, that presents detailed evidence that prepayment (through general taxation) is the best form of revenue collection, while out-of-pocket payment tends to be quite regressive and often impedes access to care[31].

NACA recommends that:

Extension of health care services provided in all jurisdictions be funded through general tax revenues, without requirement for any additional individual private payment.

2.3 How Should a Program of Extended Health Services be Implemented?

Obviously, the scope of the changes recommended by Council cannot be accomplished overnight. There will need to be a period of transition to have an orderly adjustment of public health care expenditures and revenues and to permit adaptation by private sector insurers. NACA suggests a phase-in of services based on the criteria of population need and of equity.

The extension of the publicly-funded Canadian health system should begin with home care services, followed as soon as possible by a universal pharmacare program. Both home care and drug care are now essential health services needed by Canadians of all ages. Next, all health and personal care services provided to residents of long-term care should be fully covered so they enjoy the same benefits as persons receiving care in the community. Room and board can be charged legitimately, as these are normal costs of living assumed by individuals. Nevertheless, these charges should, at a maximum, reflect current market rates in the local community for similar lodging and food services. Finally, other health services, including dental care and vision, auditory and other assistive technologies should be included.

NACA recommends that:

In extending public insurance for health services, priority be placed on home care, then on drug benefits, followed by health and personal care provided to residents of long-term care facilities. Elements to incorporate later include dental care and vision, auditory and other assistive technologies and products.

Charges for room and board for residents of long-term care facilities not be set higher than current market rates in the local community for similar lodging and food services.

To help alleviate out-of-pocket expenses for health services and products pending their inclusion in a publicly-funded plan, the federal government could enhance the tax relief for medical expenses. The medical expenses

tax credit, as it now stands, is inadequate to help Canadians cope with the financial burden of long term health expenses. Currently, total medical expenses have to be more than either $1,614, or 3% of individual net income and the tax credit is not refundable for individuals who are not in the work force. Provision should be made to increase access to the tax credit for low- and modest-income Canadians and to make it refundable for persons who are not in the work force, such as seniors.

NACA recommends that:

The federal government provide an income-tested refundable tax credit for all out-of-pocket medical expenses over $500 which have not been reimbursed by private insurance plans.

CONCLUSION

Health care delivery and population needs have changed significantly since the Canadian health care system was put in place. Now and in the future, home care, pharmacare and other health services and products that are only partly, or not at all insured are becoming as essential to health as physician and hospital services. Coverage of these services for seniors varies widely across the country, sometimes forcing hard choices between health care and other necessities of life for persons with low and modest incomes, and creating strong disincentives to retirement savings for middle-income Canadians. The Council believes that all Canadians have the right to expect the same level of health care regardless of where they live in the country and that income should not be a factor in determining access to health services or products which are important to preserving health and well-being.

Canada is in a favourable economic and fiscal situation to extend the range of health services provided and evidence suggests that the overall costs of the health system are sustainable. Moreover, public financing is the most equitable and cost-effective model of health financing. NACA believes that the goal of a national, comprehensive and publicly-insured health system can be achieved and that a staged implementation is a sound approach to meet immediate needs while permitting adjustment by governments and the private market.

Table 1. Fee Setting for Home Care

Province	Cost of personal services	Income below which services are free	Minimum charge	Maximum charge
Nfld	Contribution through means test and asset test			
N.S.	Fees assessed on sliding scale determined by income and family size. Will vary according to income and # of hours of services needed. There is a $6/hr charge (with a maximum of $60 to $360).	Free services for people earning less than $1,310/month ($2,620/couple).	At an income of $1,310, the maximum a client could be charged per month is $60.	For individuals earning over $3,272/month ($6,544/couple), the maximum limit is $360/month.
N.B.	Need to calculate.	Individuals with a net family income of less than $6,564 will pay $0.	Those with a net family income of over $25,000 will pay 100% of the cost of the services provided. An individual with net family income of $32,454 will pay a maximum of $12,000. Calculations are done using the income scale.	
P.E.I	Fees assessed on sliding scale determined by net income and family size.	Single seniors with a net income of less than $1,004/month (or <12,059/yr) are not required to pay for any services. Nor are couples with monthly net income under $1,404. Costs for palliative care clients are often waived. Costs for "adult protection" clients are waived.	Single persons with net monthly income of $1,005-1,404 pay $1/hr of service. A couple with a net monthly income of $1,405-$1,604 will be charged $1/hr of service.	Single persons with a net monthly income over $3,805 pay $13/hr of service (the maximum). A couple with $3,605+ pays the max. of $13/hr for service.
Que.	In some circumstances free, but priority is given to lower-income clients. It will depend where they live ($5-7/hr of service). There is a case by case review by the CLSC (no set policy).			
Ont.	Free as long as (i) person is assessed as requiring services and (ii) person lives alone or with a caregiver who is not capable of providing such support. If client needs special services from the community, the client may be charged the cost.			
Man.	Free (although if community is providing the service, such as meals on wheels, a fee may be asked but is often waived when a person claims s/he cannot afford to pay.)			
Sask.	All clients are charged a flat fee of $5.45/unit (e.g. 1 meal) for first 10 units per month. The monthly maximum is $331. After 10 units, client is charged a unit rate corresponding to the client's monthly adjusted income.	Those receiving benefits from the Saskatchewan Assistance Plan or the Saskatchewan Income Plan (not including War Veterans Allowance) are fully subsidized . They pay a max. of $54.50/month. They pay $0 for each unit charged after the first 10 (i.e. max. monthly charge = $54.50).	Clients with adjusted monthly incomes below $54.50 are charged $0 for each additional unit of service after the first 10 units (i.e. max. monthly charge = $54.50).	Clients earning over $600 receive no subsidy. Their unit charge after 10 units is $5.90/hr with a maximum of $331.

Province	Cost of personal services	Income below which services are free	Minimum charge	Maximum charge
Alta.	Clients are charged a flat rate of $5.00/hr for home support services such as homemaking and handyman services. They pay a maximum monthly charge based on an income test which takes both net income and family size into account.	Seniors receiving GIS are exempt from fees for home support services. Single persons with a net income under $15,757 pay $0. A couple with under $31,513 will pay a maximum monthly charge of $0.	A single person with a net income between $15,757-$31,512 will pay a max. monthly monthly charge of $50. A couple with a net income between $31,513-36,768 will pay a max. monthly charge of $50.	A single person with a net income over $52,537 will pay the max. monthly charge of $300. A couple with net income over $57,793 will pay the max. monthly charge of $300.
B.C.	User fees apply to home support services and are based on an income test that is standard across the province.	There is no charge for services to clients in receipt of government financial supplements (GIS, Spouse's Allowance, War Veteran's Allowance or GAIN support).	Clients not on an income supplement pay a daily charge based upon Net Income. **Formula = net income (line 236 income tax form) deduct income tax paid, deduct annual basic income (single= $10,284; couple = $16,752), deduct earned income (up to a max of $15,000 each) to get your remaining income. Divide remaining income by 720 to get your home support rate.	While service is always provided, it may sometimes may be more cost effective for the client to get services elsewhere. For example if the client's per diem was $100 but the client only required 1 hr of services, this would not be beneficial for the client.
Y.T.	Free.			
N.W.T.	Free.			

Table 2. Fee Setting for Public Prescription Drug Plans

Province	Eligibility	Premiums	Deductible	Co-payments
Nfld.	Only GIS recipients are eligible.	None.	None.	Seniors pay professional fee plus 10% of ingredient cost if greater than $30.
N.S.	Coverage is available to all seniors.	Seniors pay annual premium of $215. A credit of $300 is available depending on level of income.	None.	20% (minimum of $3 per prescription) to a maximum of $200 per year.
N.B.	Seniors are offered Blue Cross with an income tested premium.	GIS recipients pay no premium; other seniors are offered Blue Cross. The premium is income tested but is a maximum of $58 per month per person. Most seniors will not need to pay the premium.	None.	$9.05/prescription (for GIS recipients an annual maximum of $250).
P.E.I.	All seniors are covered.	None.	None.	Seniors pay professional fee plus $7 for drug cost.
Que.	All seniors are covered.	Payable to Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) of $0 to $175 per adult annually depending on income.	Deductible is $25 per 3 months.	Co-payment is 25% of prescription price to a maximum per adult per 3 months; (Max. GIS - $50/Partial GIS - $125/No GIS- $187.50).
Ont.	All seniors are covered.	None.	Lower income seniors do not pay a deductible. Seniors with incomes over $16,018 ($24,017 for couples) pay $100/year.	Lower income seniors up to $2/prescription; other seniors pay the first $100 each year and then up to a maximum of $6.11 dispensing fee.
Man.	All seniors are covered.	None.	Deductible is 3% of adjusted family income over $15,000 or 2% of adjusted family income under $15,000.	None.
Sask.	All seniors are covered.	None.	GIS recipients in nursing home - $100 semi-annually; other GIS recipients - $200 semi-annually, other seniors' deductible is $850 semi-annually.	A 35% co-payment beyond the deductible.
Alta.	All seniors are covered.	None.	None.	Co-payment is 30% of drug cost to a maximum of $25 per prescription.

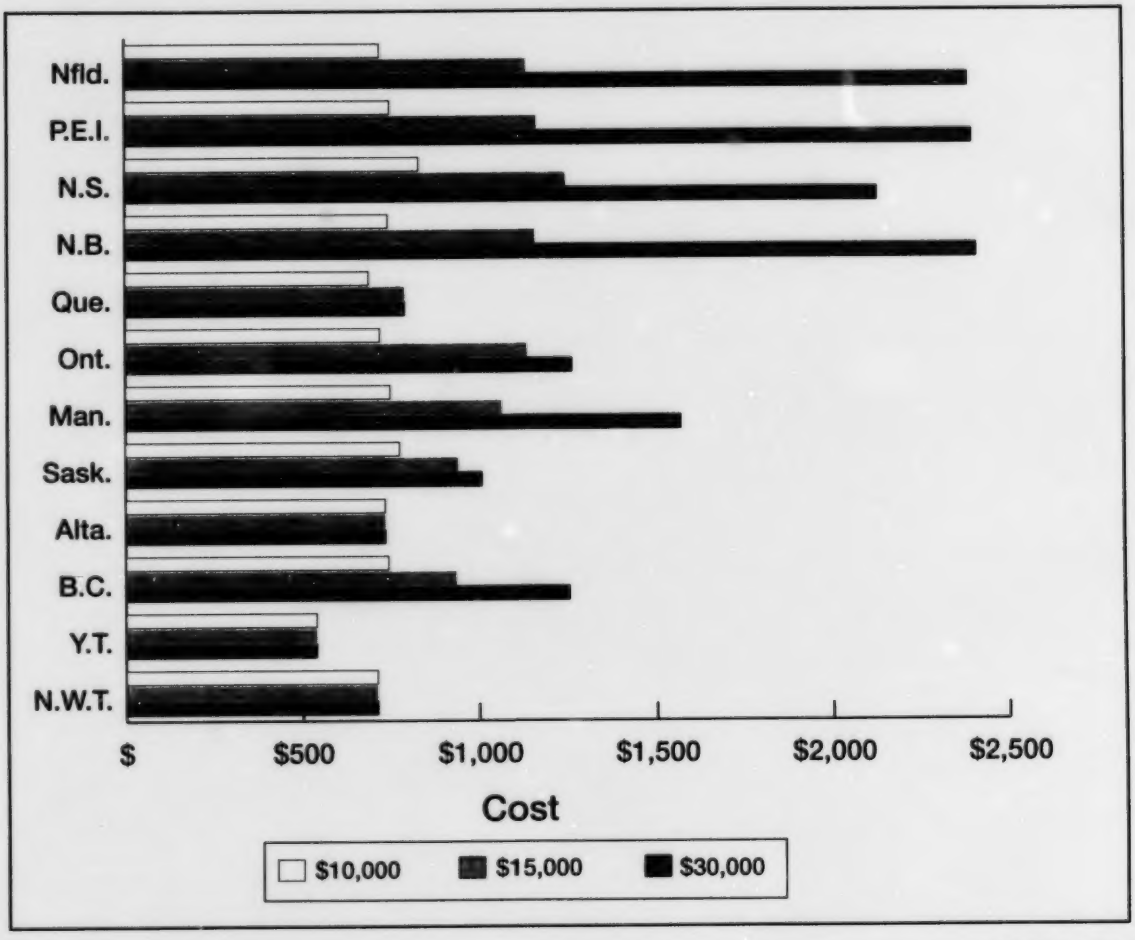
Province	Eligibility	Premiums	Deductible	Co-payments
B.C.	All seniors are covered.	None.	None.	Co-payment of 100% of dispensing fee up to $200 annual ceiling.
Y.T.	All seniors are covered.	None.	None.	None.
N.W.T.	All seniors are covered.	None.	None.	None.

Table 3. Fee Setting for Long-Term Care

Province	How does charge vary with income	Asset test
Nfld.		Includes liquid assets but not RRSPs; excludes $5,000 for singles and $10,000 for married couples.
N.S.	All forms of monies received are assessed.	Includes cash, investments, liquid assets, proceeds from sale of fixed assets. Primary residence is excluded if designated to another person.
N.B.	All income in excess of personal allowance is assessed for singles. For couples: first $11,558 is exempt, then next $21,005 is included, then 30% of amount from $21,005 to $35,502, then all of excess over $35,502.	Single: all liquid assets except: principal residence, $500 personal allowance and $5,500 pre-paid funeral expenses. Couple: exception for real property, a vehicle, $500 personal allowance, a trust fund to $75,000 and $5,500 of prepaid funeral expenses.
P.E.I.		Excludes $500 if there is a pre-paid funeral; $2,000 if not. Excludes principal residence and $300 in bank account.
Que.		Liquid and tangible assets are evaluated. Up to $40,000 can be exempted for principal residence.
Ont.	Income testing can reduce the fee to $862.	
Man.	Minimum charged on incomes below $11,419 (single) and $30,745 (couple). Daily rate increases by 10 cents for each $36.50 of income. Maximum charged when incomes over $23,299 (single) or $42,902 (couple); about 30%.	
Sask.	After monthly income of $916, charge increases by $1 for each increase in income of $2 to a maximum charge when income is $1,381; 50%.	
Alta.	N/a	
B.C.	Minimum charged below $7,000 of income and maximum charged on incomes over $30,000. Marginal tax rate of 50% to 30% based on after tax income.	
Y.T.	N/a	
NWT	N/a	

Figure 1.

Cost of Standard Long-Term Care to Seniors by Province and by Income



(1998 data)

NOTES

1. Canadian Institute for Health Information. *Health Care in Canada: A First Annual Report*. Ottawa: 2000, pp 17-18.

2. World Health Organisation. *World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: 2000.

3. Wilkins, K., and E. Park. Chronic conditions, physical limitations and dependency among seniors living in the community. *Health Reports*, Winter 1996, Vol. 8, No. 3.

4. Lindsay, Colin. *A Portrait of Seniors in Canada*. 3rd ed. Catalogue No. 89-519-XPE. Ottawa: Statistics Canada, 1999.

5. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Statistical Report on the Health of Canadians*. Catalogue No. H39-467/1999E. Ottawa: Health Canada, 1999.

6. Statistics Canada. *Spending Patterns in Canada*. Catalogue No. 62-202-XPE. Ottawa: 1997.

7. National Advisory Council on Aging. *The NACA Position on the Privatization of Health Care*. Ottawa: 1997.

8. E. Richard Shillington, Principal of Tristat Resources, presented to NACA the findings of a report he had prepared under contract from Health Canada. The presentation to NACA and the citation of the findings from this report were authorized by Health Canada.
   Tristat Resources. *The Income Testing of Seniors' Social, Health and Income Supports*. Unpublished report produced for the Division of Aging and Seniors, Health Canada, March 1999.

9. 1998 program information data reported in 1999 by Tristat Resources. Ibid.

10. Béland, F., V. Haldemann, J-C. Martin, P. Bourque, and P. Ouellette. *Vieillir dans la communauté: Santé et autonomie*. Final Report to the National Health Research and Development Program, Health Canada. Report No. 6605-4570-602, 1998.

11. Aronson, J. Elderly Women in the Home Care Marketplace: Experiences of the Mixed Economy of Care. Paper presented at the Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Association on Gerontology, Ottawa: November 4-7, 1999.

12. A premium refers to the cost of enrolling into an insurance plan. A deductible is a flat amount that an insured individual must pay for a service; costs above this amount are eligible for insurance coverage. Co-payment refers to a cost-sharing arrangement between the insuree and the insurer outlining the amount to be paid by each for a specific service. Government drug insurance plans may include any combination of these kinds of charges.

    1998 program information reported in 1999 by Tristat Resources. Ibid.

13. Alberta Community Development. *Review of cumulative impact of program and service changes on seniors*. November 1996.

14. Keller, Heather H., Truls Østbye, and Elizabeth Bright-See. Predictors of Dietary Intake in Ontario Seniors. *Canadian Journal of Public Health*, 1997, Vol. 88, No. 5: 305-309.

15. Tamblyn, Robyn. Evaluation of the Impact of the Quebec Drug Insurance Plan. March 1999.

16. Millar, W. Disparities in prescription drug insurance coverage. *Health Reports*, Spring 1999, Vol. 10, No. 4.

17. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Statistical Report on the Health of Canadians*. Catalogue No. H39-467/1999E. Ottawa: Health Canada, 1999.

18. Idem.

19. Pichora-Fuller, K., and M. Cheesman. Preface to the Special Issue on Hearing and Aging. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, Vol. 21, No. 2, June 1997: 75-79.

20. Lindsay, Colin. Ibid.

21. Finn, D. An overview of the assistive technology scene in Canada. *Technology and Disability*, Vol. 9, 1998: 81-88.

22. Canada. Dept. of Finance. Maintaining Sound Financial Management. Chapter 3 in *The Budget plan 2000*. Ottawa: 2000.

23. Fast, Janet, Dorothy Forbes, and Norah Keating. Contributions and Needs of Informal Elder Care Providers in Canada: Evidence from Statistics Canada's 1996 General Social Survey on Social Supports. Health Systems Division, Health Canada, March 1999.

24. Palmer D'Angelo Consulting Inc. *National Pharmacare Cost Impact Study*. Ottawa: September 1997.

25. Denton, F.T., and B.G. Spencer. Population aging and its economic costs: A survey of the issues and evidence. *Canadian Journal on Aging/ Revue canadienne du vieillissement*, Vol. 19, Supplement 1, Summer 2000: 1-31.

26. It is noted, however, that Alberta differs from other jurisdictions in charging each resident a health premium.

27. Tamblyn, R. Evaluation of the Impact of the Quebec Drug Insurance Plan. March 1999.

28. Gordon, Michael, Jack Mintz, and Duanjie Chen. Funding Canada's Health Care System: a Tax-Based Alternative to Privatization. *Canadian Medical Association Journal*, September 8, 1998, Vol. 159 No. 5: 493-496.

29. Moon, Marilyn, Len M. Nichols, and Susan Wall. *Medical Savings Accounts: A Policy Analysis*. The Urban Institute: 1998.

30. Fuller, Colleen. *Caring for profit*. Vancouver: New Star Books, 1998.

31. World Health Organization. *World Health Report 2000*.

Position Papers of the National Advisory Council on Aging

No.	Title
7.	The NACA Position on the Goods and Services Tax, February 1990.
8.	The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors, February 1990.
9.	The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement, September 1990.
10.	The NACA Position on Lifelong Learning, October 1990.
11.	The NACA Position on Gerontology Education, December 1991.
12.	The NACA Position on Managing an Aging Labour Force, February 1992.
13.	The NACA Position on Canada's Oldest Seniors: Maintaining the Quality of their Lives, January 1993.
14.	The NACA Position on the Image of Aging, February 1993.
15.	The NACA Position on Women's Life-Course Events, September 1993.
16.	The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors: Progress and Challenges, February 1995.
17.	The NACA Position on Determining Priorities in Health Care:The Seniors' Perspective, February 1995.
18.	The NACA Position on Health Care Technology and Aging, May 1995.
19.	The NACA Position on the Privatization of Health Care, October 1997.
20.	The NACA Position on Home Care, March 2000.
21.	The NACA Position on Enhancing the Canadian Health Care System, October 2000.

Canada

La position du CCNTA

sur l'élargissement du régime de soins de santé du Canada

N° 21

Gouvernement du Canada

Government of Canada

Conseil consultatif national sur le troisième âge

La position du CCNTA sur l'élargissement du régime de soins de santé du Canada

Cette position a été adoptée à l'unanimité par les membres du CCNTA le 7 septembre 2000, suite à la 59e réunion du Conseil

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

Pour plus de renseignements sur ce document ou pour signifier un changement d'adresse, communiquer avec :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Immeuble Jeanne-Mance, 8e étage
Indice de l'adresse : 1908A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tél. : (613) 957-1968
Téléc. : (613) 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca
Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines

Cette publication est aussi disponible, sur demande, en formats substituts. On peut aussi la consulter sur Internet à l'adresse donnée plus haut.

Patricia Raymaker
Présidente

Nancy Garrard
Directrice
Division du vieillissement et des aînés

La Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

LA POSITION DU CCNTA SUR... est une série de documents présentant les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aînés, ainsi qu'aux questions liées au vieillissement de la population. (Les positions du CCNTA sont disponibles sur le site Internet.)

1ère impression, 2000

©Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 2000

Nº de cat. : H71-2/2-21-2000
ISBN : 0-662-65241-X

Nº de convention : 1754424

Qu'est-ce que le Conseil consultatif national sur le troisième âge?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1er mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aînés. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres provenant de toutes les régions du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

Membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge (septembre 2000)

Présidente

Patricia Raymaker	Calgary, Alberta

Membres

Lloyd Brunes	Hay River, Territoires du Nord-Ouest
Bubs Coleman	Saskatoon, Saskatchewan
Mary Cooley	Halifax, Nouvelle-Écosse
Jean Claude Duclos	Montréal, Québec
Michael Gordon	Toronto, Ontario
Don Holloway	Marystown, Terre-Neuve
Eileen Malone	Fredericton, Nouveau-Brunswick
Gérald Poulin	Orléans, Ontario
Ruth Schiller	Osoyoos, Colombie-Britannique
Yvette Sentenne	Montréal, Québec
Anne Skuba	Winnipeg, Manitoba
Joyce Thompson	Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Valeurs du CCNTA

Le CCNTA croit que :

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.

- Les aînés ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance; ils ont droit de prendre leurs propres décisions, y compris de « vivre à risque ».

- Les aînés doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes. Ces politiques et programmes doivent tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aînés.

- Les aînés doivent pouvoir compter, dans toutes les régions du pays, sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de santé et sur la présence d'une gamme de programmes et de services capables de soutenir leur autonomie.

La position du CCNTA en bref

Ce rapport se penche sur une menace insidieuse touchant à la fois le coût global et l'équité des soins de santé au Canada : les dépenses personnelles croissantes pour les services non assurés par la *Loi canadienne sur la santé*. Le CCNTA s'est déjà penché sur ce problème dans *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé*. Il examine de nouveau le fardeau imposé aux aînés — tant du point de vue de la santé que des coûts — pour les soins à domicile, les médicaments, les soins résidentiels à long terme et les autres services de santé, et les inégalités retrouvées dans la prestation de l'assurance pour ces services sur l'ensemble du territoire canadien.

Le CCNTA souscrit à une vision plus équitable. Il présente des arguments et des recommandations en faveur de la mise en oeuvre planifiée et graduelle d'un régime public de soins de santé complets. Il compare les différents modèles de financement des soins de santé mis de l'avant pour y arriver. Il explore enfin les aspects de la faisabilité politique, de la faisabilité financière et de la justice sociale.

La première recommandation du présent rapport du CCNTA reprend une recommandation formulée dans La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé (1997), selon laquelle :

1. **Le financement public doit être étendu à la totalité des services nécessaires pour rétablir et maintenir la santé et les capacités fonctionnelles, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits, les soins fournis dans des établissements de soins de longue durée, les soins dentaires, les aides visuelles et auditives et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.**

Il recommande, de plus :

2. **Que le gouvernement du Canada augmente le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et, s'il y a lieu, les paiements de péréquation pour permettre aux provinces et aux territoires d'élargir la gamme des services de santé assurés afin de les rendre plus comparables dans l'ensemble du Canada.**

3. **Que les gouvernements provinciaux et territoriaux incluent un rapport sur les soins à domicile, la prestation des médicaments et les soins institutionnels prolongés dans les comptes rendus qu'ils font régulièrement aux Canadiens et Canadiennes sur les investissements en soins de santé et le rendement du système de santé.**

4. **Que l'élargissement des services de santé fournis dans toutes les administrations soit financé à même les recettes fiscales générales sans nécessiter une quelconque forme de paiement privé individuel.**

5. **Qu'en élargissant la couverture publique des services de santé, on donne la priorité aux soins à domicile puis à l'assurance-médicaments, suivis des soins de santé et personnels fournis aux résidents d'établissements de soins de longue durée. Les éléments à intégrer ultérieurement comprennent les soins dentaires, les lentilles et verres correcteurs, les appareils auditifs et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.**

   Les frais de pension imposés aux résidents de soins de longue durée ne devraient pas dépasser les taux du marché actuel dans la collectivité locale pour des services d'hébergement et d'alimentation similaires.

6. **Que le gouvernement fédéral donne un crédit d'impôt remboursable fondé sur le revenu pour tous les frais médicaux directs de plus de 500 $ qui n'ont pas été couverts par des régimes d'assurance privés.**

Le CCNTA est d'avis que le Canada est actuellement dans une position économique et financière favorable à l'élargissement de la gamme des services de santé assurés. Les objectifs sont réalisables si on procède à une mise en oeuvre graduelle qui permettrait aux administrations publiques et aux marchés privés de s'adapter.

La position du CCNTA sur l'élargissement du système de soins de santé

INTRODUCTION

Le régime national de soins de santé public a une grande valeur aux yeux des Canadiens et Canadiennes et il doit être préservé de l'érosion. Le débat actuel sur la viabilité financière à long terme du régime national de soins de santé public a éclipsé une menace insidieuse touchant à la fois le coût global et l'équité des soins de santé. Nous faisons allusion ici aux dépenses personnelles croissantes et très variables dans l'ensemble du Canada pour les services non assurés par la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, le rythme de la croissance des dépenses privées en services de santé a commencé, du début au milieu des années 1990, à surpasser la croissance des dépenses publiques; en 1997, tous les autres pays du G7, sauf les États-Unis, couvraient une proportion plus élevée des coûts des soins de santé que le Canada[1]. En partie à cause du niveau élevé des dépenses de santé privées que les Canadiens doivent assumer pour compléter les services qu'ils obtiennent du régime de soins de santé public, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classé le Canada 30^{e} sur 191 pays dans une analyse comparative des régimes nationaux de soins de santé, en 2000. Le rapport de l'OMS met en garde, à plusieurs reprises, contre les dangers des niveaux élevés de dépenses directes de santé, plus particulièrement pour les personnes à faible revenu[2].

Les coûts privés croissants des services de santé non assurés mais nécessaires, comme les médicaments, les soins à domicile, les soins de longue durée en établissement, les soins dentaires et les soins de la vue et de l'ouïe ont une incidence disproportionnée sur les aînés, non seulement parce qu'ils sont plus susceptibles d'avoir besoin de ces soins de santé que d'autres Canadiens[3] et donc d'avoir à payer davantage pour ces soins de santé, mais aussi parce qu'ils ont un revenu plus faible[4]. Comparativement aux adultes plus jeunes, les aînés voient plus souvent leur médecin, sont hospitalisés plus souvent, utilisent davantage de services à domicile et prennent plus de médicaments[5]. En 1997, les ménages comptant deux personnes âgées ont déclaré des dépenses en soins de santé plus élevées (1 582 $) que tous les autres ménages (1 153 $). Les aînés vivant seuls ont aussi déclaré des

dépenses annuelles en soins de santé (826 $) plus élevées que la majorité des personnes vivant seules (707 $)[6]. Les provinces et les territoires ont complété les services hospitaliers et médicaux assurés par la LCS en couvrant à un certain point d'autres services, mais l'accès à la couverture publique pour les aînés et l'ampleur des coûts exigés pour ces services varient considérablement.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a déjà attiré l'attention sur le problème de la privatisation croissante du régime de soins de santé. Dans *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé* (1997), le Conseil a recommandé d'étendre le régime public national de soins de santé pour englober tous les services médicalement nécessaires, notamment les soins à domicile, les médicaments d'ordonnance et les technologies de la santé[7]. Le CCNTA réitère cette recommandation et va plus loin dans le présent rapport. En examinant d'abord de plus près les variations considérables touchant l'accès et les coûts des services de santé non assurés pour les aînés d'une province et d'un territoire canadien à l'autre et les lacunes en fait de services de santé fournis, le CCNTA présente des arguments en faveur de la mise en oeuvre planifiée et graduelle d'un régime public de soins de santé complets fondé sur les effets sur la santé, des modèles comparatifs de financement des soins de santé, la faisabilité politique et financière et, enfin, la justice sociale.

1. LES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS : UNE MOSAÏQUE INÉGALE

Notre examen des variations touchant les aînés à l'égard des soins à domicile provinciaux et territoriaux, d'assurance-médicaments et de programmes de soins en établissement de longue durée s'inspire largement de l'analyse détaillée que E. Richard Shillington, de Tristat Resources[8], a présentée au Conseil en 1999.

1.1 Soins à domicile

Les soins à domicile empêchent ou retardent l'institutionnalisation et favorisent l'intégration sociale des aînés. Ils répondent aux besoins de santé changeants des Canadiens plus âgés d'une façon souple et globale et assurent

un soutien à leurs aidants naturels. La réduction du nombre et de la durée des séjours à l'hôpital pour les problèmes de santé aigus et l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin de soins pour des problèmes de santé chroniques ont fait des soins à domicile un élément vital du régime de soins de santé. Si la province ou le territoire couvre habituellement en entier les coûts des services de personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé, on impose souvent des frais pour des services de soutien comme les services ménagers et les soins personnels. La prestation des services est limitée par le budget du fournisseur local de services à domicile. Étant donné leur budget fixe, les organismes doivent souvent rationner les services et le niveau de revenu des clients peut être l'un des critères employés. On trouve souvent un tarif minimum pour les aînés à faible revenu et dans certaines administrations, les frais peuvent être supprimés pour les aînés à très faible revenu. Néanmoins, à mesure que le revenu augmente, les frais augmentent souvent eux aussi. Le **tableau 1** présente la façon dont on fixe les frais des services de soins personnels dans chaque administration[9]. Les frais exigés de même que les critères de revenu employés pour déterminer la façon dont on fixe les frais varient considérablement. Deux provinces (Terre-Neuve et Nouveau-Brunswick) peuvent ajouter l'examen des avoirs à l'examen du revenu pour fixer les frais. Le Manitoba est la seule province qui n'impose pas de frais d'utilisation pour les soins à domicile.

Les services fournis par l'intermédiaire d'organismes publics de soins à domicile peuvent ne pas suffire à satisfaire à des besoins légitimes[10] et le rationnement plus sévère des organismes de soins à domicile pour faire face aux demandes croissantes avec des budgets fixes[11] peut diminuer le nombre de services subventionnés reçus. Dans de telles circonstances, les clients des soins à domicile peuvent être forcés de se passer de services nécessaires, se reposer davantage sur des aidants naturels, abandonner leur domicile pour vivre dans un établissement de soins de longue durée ou payer encore plus qu'ils ne paient déjà pour recevoir d'autres soins d'organismes privés, s'ils peuvent se le permettre.

1.2 Médicaments

Les médicaments sont devenus un élément essentiel des soins de santé puisqu'ils peuvent améliorer l'état de santé et remplacer ou retarder

l'hospitalisation ou une intervention chirurgicale. Malgré leur importance, les médicaments prescrits à l'extérieur d'un hôpital ne bénéficient pas d'une couverture publique universelle mais sont payés par une combinaison de régimes d'assurance-médicaments provinciaux, d'assurances privées et de paiements personnels. Comme nous le voyons au **tableau 2**, la couverture, les critères d'admissibilité et la nature et le niveau des frais d'utilisation (primes, franchises et participation aux coûts)[12] des régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux varient considérablement.

Les méthodes de calcul des prestations pharmaceutiques fondées sur le revenu peuvent avoir des conséquences dramatiques pour les aînés dont le revenu n'est que légèrement supérieur au seuil de revenu fixé dans un régime provincial, comme nous pouvons le voir dans les exemples suivants, provenant de trois provinces.

- À Terre-Neuve, les prestataires du Supplément de revenu garanti (SRG) sont couverts sans frais, mais les aînés qui ne reçoivent pas le SRG ne sont pas couverts du tout.

- Le Nouveau-Brunswick exige une participation annuelle au coût des médicaments de 200 $ pour les prestataires du SRG mais aucun maximum n'est établi pour les aînés ne recevant pas le SRG.

- En Saskatchewan, les prestataires du SRG vivant dans la collectivité paient une franchise de 200 $ à tous les six mois tandis que les aînés qui ne reçoivent pas le SRG paient une franchise de 850 $ à tous les six mois.

Dans tous ces cas, le fait d'avoir quelques dollars de plus que le seuil de revenu du SRG peut être très coûteux en perte de couverture d'assurance-médicaments.

Une approche du « tout ou rien » aux droits et barèmes de frais peut engendrer des difficultés financières pour les aînés à faible revenu dont les choix sont limités : se priver d'autres nécessités de la vie ou des médicaments nécessaires. Des études révèlent aussi que l'augmentation des frais directs a des conséquences négatives sur les aînés qui ont peu de marge de manoeuvre financière. Une étude menée en 1996 par le gouvernement de l'Alberta a révélé

que les aînés à faible revenu risquent d'être exposés à des difficultés financières s'ils ont des besoins élevés en santé ou s'ils doivent faire face à des dépenses imprévues, comme une augmentation des coûts des médicaments[13]. Dans d'autres études, on a constaté que les aînés vivant avec un revenu fixe qui doivent payer soudainement plus cher pour leur logement ou leurs médicaments sont susceptibles de réduire le budget qu'ils affectent à la nourriture[14]. Quand le Québec a instauré un régime d'assurance-médicaments provincial couvrant tous les résidents mais exigeant le paiement d'une prime, d'une participation aux coûts et d'une franchise, la mesure a eu de grandes conséquences sur les aînés à faible revenu qui avaient l'habitude d'obtenir leurs médicaments d'ordonnance presque sans frais. Le fait de réduire ou de cesser la prise de médicaments à cause des coûts trop élevés a provoqué une augmentation de 111 % des visites chez le médecin, de 47 % des visites à l'urgence et de 66 % des hospitalisations, institutionnalisations et décès[15]. De nombreux aînés ont dû compter sur des organismes communautaires et leur église pour les aider à payer leurs médicaments.

Les arguments selon lesquels les provinces et les territoires ont des régimes d'assurance-médicaments généreux qui protègent les aînés contre des coûts catastrophiques et selon lesquels les aînés ont aussi accès à des régimes privés d'assurance-médicaments supplémentaires ne résistent pas à l'examen. Comparativement aux régimes d'assurance-médicaments publics du Royaume-Uni et des Pays-Bas qui couvraient 90 % des coûts des médicaments en 1995, les programmes canadiens ne couvraient que 45 %. De plus, le Canada a chuté vers les derniers rangs des pays de l'OCDE pour ce qui concerne la part du coût des médicaments supportée par l'État[16]. Quant aux assurances privées supplémentaires, 52 % seulement des aînés de 65 à 74 ans et 50 % des aînés de 75 ans et plus étaient assurés en 1999[17].

1.3 Soins résidentiels à long terme

Les établissements de soins à long terme sont des lieux de résidence pour les personnes dont le degré de limitation fonctionnelle fait qu'il est très difficile ou impossible pour elles de vivre à la maison. Ces établissements fournissent le gîte et le couvert de même que des services comme des soins infirmiers, des médicaments et des soins personnels. Compte tenu de l'état de santé des résidents, la plupart de ces services sont médicalement nécessaires et seraient couverts entièrement dans un hôpital.

Comme pour les soins à domicile et les médicaments, les frais exigés dans les provinces et les territoires pour les séjours en établissement de soins de longue durée sont similaires pour les aînés à faible revenu mais varient grandement pour les aînés dont le revenu dépasse le strict minimum offert par les régimes publics de pension. Les frais exigés des aînés ne recevant que des prestations de la Sécurité de la vieillesse (SV) et le SRG sont fixés de telle manière qu'on leur laisse une allocation personnelle de 100 $ à 200 $ par mois. Comme nous le voyons dans le **tableau 3**, les taux et les méthodes d'établissement des taux pour les aînés ayant un revenu supérieur varient d'une administration à l'autre. Dans les territoires du Yukon et du Nord-Ouest et en Alberta, il y a un taux fixe non lié à un examen du revenu. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et le Manitoba fixent leur taux en fonction du revenu et l'Ontario établit des taux pour des chambres standard, mais utilise l'examen du revenu pour permettre à certains résidents de payer un taux inférieur. Dans l'Est de l'Ontario, l'examen des ressources financières comprend l'évaluation des actifs. Les règles varient mais essentiellement, on impose les frais maximums pour les soins à domicile jusqu'à ce que les actifs de la personne atteignent un minimum. La **figure 1** présente le coût des soins à long terme pour les aînés ayant un revenu de 10 000 $, 15 000 $ et 30 000 $ dans chaque administration.

Manifestement, les aînés de certaines administrations paient pour obtenir des services médicalement nécessaires et pas uniquement pour le gîte et le couvert. Parce que les établissements de soins de longue durée ne sont pas techniquement des hôpitaux, cela ne contrevient pas à la lettre de la *Loi canadienne sur la santé*. On ne peut en dire autant quant à l'esprit de la Loi. De plus, comme pour les frais des médicaments, les frais exigés par les établissements de soins de longue durée dans de nombreuses administrations découragent les gens d'épargner pour leur retraite puisque les aînés ayant un revenu personnel supérieur au niveau donnant droit à une pension doivent payer plus cher pour bénéficier des mêmes avantages et du même niveau de service que les aînés ne vivant qu'avec leur revenu de pension.

1.4 Autres services de santé

De nombreux autres services et produits importants pour rester en santé, être autonome et avoir une bonne qualité de vie, particulièrement pour les

aînés, sont souvent exclus des prestations de santé supplémentaires. Il s'agit entre autres des services de santé dentaire, des aides visuelles et appareils auditifs et autres appareils et accessoires fonctionnels.

Chez les personnes âgées, des dentiers mal ajustés, la maladie, certains médicaments et une mauvaise hygiène buccale peuvent causer de la douleur et des maladies des gencives qui peuvent à leur tour contribuer à une mauvaise alimentation. Pourtant, 25 % seulement des gens âgés de 65 à 70 ans et 20 % des 75 ans et plus possèdent une assurance de soins dentaires et en proportion, la moitié moins d'aînés que de jeunes Canadiens sont susceptibles d'avoir consulté un dentiste dans les douze derniers mois[18].

En plus de la détérioration normale de la vision de près qui accompagne le vieillissement, les aînés sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes comme les cataractes, le glaucome et la dégénérescence maculaire. La plupart des provinces et des territoires couvrent l'examen annuel des yeux pour surveiller l'évolution de la vision et la santé des yeux, mais ils n'offrent pas une couverture complète des lentilles ou verres correcteurs pour les aînés, même pour les aînés à faible revenu. Seulement 28 % des gens âgés de 65 à 74 ans et 26 % des 75 ans et plus possèdent une assurance privée supplémentaire pour payer leurs verres correcteurs. La perte de l'ouïe est la troisième incapacité chronique la plus fréquente chez les personnes âgées et son incidence augmente avec l'âge. On estime que 25 % à 48 % des personnes âgées de 75 à 79 ans ont un certain degré de perte auditive mesurée[19]. Toutefois, certains régimes de soins de santé provinciaux ne couvrent pas entièrement les prothèses auditives ni d'autres accessoires fonctionnels qui aident à réduire les effets de la perte d'audition.

De plus en plus d'appareils et accessoires fonctionnels sont disponibles pour permettre aux personnes handicapées de fonctionner de façon indépendante et sûre. Une fois encore, les aînés représentent une grande proportion de la population handicapée; en 1996-1997, 25 % des aînés vivant à la maison déclaraient avoir un handicap à long terme, comparativement à 20 % des personnes âgées de 55 à 64 ans et moins de 10 % des personnes âgées de 25 à 54 ans[20]. Quelques provinces incluent les appareils et accessoires fonctionnels dans l'assurance-maladie supplémentaire, mais ailleurs, la responsabilité de fournir ces appareils et accessoires revient à des groupes de services communautaires et à des organismes de charité[21].

2. UN RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ NATIONAL ÉLARGI : LA VISION DU CCNTA

Le Conseil croit que tous les Canadiens et Canadiennes ont droit au même niveau de soins de santé, peu importe où ils vivent au pays. Le niveau de revenu d'une personne ne devrait pas déterminer l'accès à des services ou produits de santé dont l'importance pour préserver la santé et le bien-être a été démontrée. Les gens ne devraient pas être obligés de choisir entre des services de santé et d'autres nécessités de la vie.

Le CCNTA répète une recommandation qu'il avait déjà formulée dans La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé (1997) selon laquelle :

le financement public doit être étendu à la totalité des services nécessaires pour rétablir et maintenir la santé et les capacités fonctionnelles, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits, les soins fournis dans des établissements de soins de longue durée, les soins dentaires, les aides visuelles et auditives et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.

L'augmentation du nombre de services de santé assurés nécessitera d'autres transferts fédéraux vers les provinces et les territoires, à la fois en paiements s'inscrivant dans le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) et, pour les administrations moins prospères, des paiements fédéraux de péréquation. Les paiements de péréquation permettent aux administrations moins prospères de fournir à leur population des services publics comparables à ceux offerts dans les administrations plus riches.

Le CCNTA recommande que :

le gouvernement du Canada augmente le TCSPS et, s'il y a lieu, les paiements de péréquation pour permettre aux provinces et aux territoires d'élargir la gamme des services de santé assurés afin de les rendre plus comparables dans l'ensemble du Canada.

Une première démarche prometteuse dans cette direction s'amorce, avec l'annonce de nouveaux investissements fédéraux en santé de 21 millions de dollars sur cinq ans dans le TCSPS, ainsi que d'une entente visant à améliorer les paiements de péréquation. Le CCNTA s'inquiète toutefois que l'occasion d'utiliser cet argent à des fins d'amélioration des soins à domicile, des prestations des médicaments et des soins institutionnels prolongés ne soit perdue si les provinces s'en servent pour répondre aux pressions immédiates exercées par les citoyens de leur juridiction pour que soient augmentés les services hospitaliers et les soins primaires. L'engagement des premiers ministres à poursuivre une collaboration active visant à intégrer les soins à domicile dans le système de santé et à faire face aux questions entourant la prestation des médicaments n'est que partiellement rassurante. Au minimum, les provinces devraient être responsables envers le public d'améliorer les soins à domicile, la prestation des médicaments et les soins institutionnels de longue durée jusqu'à ce que ces secteurs soient à l'avant-plan des préoccupations au palier fédéral-provincial-territorial.

Le CCNTA recommande que :

les gouvernements provinciaux et territoriaux incluent un compte rendu sur les soins à domicile, la prestation des médicaments et les soins institutionnels prolongés dans les rapports qu'ils font régulièrement aux Canadiens et Canadiennes sur les investissements en soins de santé et le rendement du système de santé.

Pour faire de la recommandation initiale du Conseil un objectif viable, on doit se pencher sur quelques questions clés :

- Est-il financièrement réaliste d'envisager d'élargir les services de santé assurés, surtout à une époque où l'on met en doute la viabilité financière de l'actuel régime de santé public?

- Le financement public des soins de santé est-il le meilleur choix stratégique en fait d'équité, d'efficacité et de rentabilité?

- La couverture publique devrait-elle être assurée pour tous ces services en même temps ou devrait-elle être mise en oeuvre graduellement et selon quelle priorité?

- Comment pouvons-nous réduire les écarts entre les coûts des services de santé privés en attendant l'inclusion complète de ces services dans des régimes publics?

2.1 Le Canada peut-il se permettre d'élargir les soins de santé?

Les arguments contre la viabilité financière de nouveaux programmes de santé, comme la plupart des arguments contre la viabilité à long terme du régime de soins de santé du Canada, sont fondés sur des projections des coûts de programmes. Cependant, on oublie souvent que des recettes sont disponibles pour soutenir des majorations de coûts. Le gouvernement fédéral et de nombreuses administrations provinciales prévoient des surplus importants pour les années à venir. Le gouvernement fédéral à lui seul a enregistré un surplus financier au cours des trois dernières années, soit 1,3 milliard de dollars en 1996-1997, 12,7 milliards en 1997-1998 et 11,5 milliards en 1998-1999. D'après les résultats à ce jour dans l'exercice en cours, on prévoit un surplus de 12 milliards de dollars pour 1999-2000[22]. Nous ne disposons d'aucune estimation des coûts d'un programme national de soins à domicile, même s'il est possible d'établir un coût approximatif de 5 à 6 milliards de dollars d'après la valeur des services fournis actuellement par des aidants naturels[23]. On estime qu'un programme national d'assurance-médicaments complet et entièrement subventionné augmenterait les dépenses publiques en médicaments prescrits d'environ 4,3 milliards de dollars[24]. Ces chiffres donnent tout lieu de croire que les administrations peuvent s'attendre d'avoir des recettes suffisantes pour soutenir et élargir le régime de soins de santé. Denton et Spencer ont montré que si les coûts de programmes pour les pensions et la santé augmentent à mesure que la société vieillit, ces augmentations seront largement compensées par des diminutions dans d'autres programmes utilisés surtout par une population plus jeune, comme l'éducation et les services correctionnels. Il sera plus important à l'avenir de redistribuer les ressources de programmes que de contrôler une augmentation globale des coûts de programmes[25].

De plus, les nouveaux programmes de soins de santé publics proposés ne sont pas que de simples ajouts au régime actuel. Il y a un effet de substitution là où les nouveaux programmes de soins de santé réduisent une partie de la demande (et du coût) des services actuels. Par exemple, dans certaines conditions, les soins à domicile réduisent le besoin d'hospitalisation prolongée ou d'institutionnalisation dans un établissement de soins de longue durée et de nombreux médicaments et nouvelles technologies diminuent le besoin d'hospitalisation ou de chirurgie.

Certains affirmeront que les Canadiens et Canadiennes doivent choisir entre les baisses d'impôt et l'élargissement des programmes sociaux et de santé. Pourtant, ces choix ont des résultats similaires. Les baisses d'impôt augmentent manifestement le revenu disponible des particuliers. Pour leur part, les programmes de soins de santé élargis réduisent les dépenses directes des particuliers pour la santé, ce qui augmente aussi leur revenu disponible. La différence est que les personnes ayant un revenu élevé profitent davantage des baisses d'impôt tandis que l'élargissement de la couverture publique des services de santé procure un allégement plus global et a un effet positif plus grand sur les Canadiens et Canadiennes à faible revenu, et plus particulièrement les aînés.

2.2 Le financement public est-il le meilleur choix stratégique?

On a proposé divers mécanismes de financement pour étendre la couverture des produits et services de santé en dehors du régime assuré par la LCS, lequel est financé à même les recettes générales de l'État provenant des impôts sur le revenu[26]. Il est important d'examiner les avantages et les inconvénients éventuels de chaque proposition. Les critères à appliquer dans cette évaluation comprennent : l'équité sociale, c'est-à-dire à quel point les bénéfices sont-ils répartis équitablement dans l'ensemble de la population; l'incidence sur l'ensemble des dépenses de santé; et l'incidence sur l'utilisation des soins de santé et sur les résultats des traitements.

Une solution possible consiste à créer un programme national d'assurance-santé étendu, analogue au régime d'assurance-médicaments provincial instauré au Québec en 1997[27]. Ce programme fournirait une couverture d'assurance pour les services de santé non assurés par la LCS pour lesquels

les Canadiens et Canadiennes ne sont pas couverts par des régimes privés. Le régime public national ressemblerait beaucoup à ses équivalents privés en ce sens qu'il serait autofinancé par l'imposition aux membres de primes fondées sur le revenu et par les franchises et la participation aux coûts des services.

Les principaux avantages de ce régime tiennent au fait qu'il serait autosuffisant, ne constituerait pas un fardeau potentiel sur les recettes publiques et améliorerait l'accès aux services de santé pour les personnes de tous âges à faible revenu. Il ne ferait pas concurrence au secteur privé et permettrait à l'assureur public de contrôler le coût des services fournis.

Les inconvénients sont pourtant considérables. Premièrement, la mise en commun des risques est trop limitée et trop sélective, comme le Québec l'a découvert en exploitant son régime d'assurance-médicaments. Le bassin de participants au régime national serait composé en grande partie de personnes qui ne peuvent contribuer à des régimes d'assurance liés à l'emploi ou à d'autres régimes privés, c'est-à-dire les chômeurs, les personnes handicapées ou les aînés. Ces personnes sont plus susceptibles de faire face à des problèmes de santé et de consommer davantage de services de santé que ce que leurs primes collectives couvriraient. De plus, le régime comporterait encore des coûts directs qui pourraient être prohibitifs pour certaines personnes.

Un autre modèle de financement ayant retenu l'attention traite les services de santé étendus comme des avantages imposables[28]. N'importe qui pourrait recevoir les services nécessaires sans débourser un sou. Cependant, un relevé d'avantages imposables serait émis. À la fin de chaque année, on ajouterait le coût de tous les services utilisés au revenu imposable.

Les avantages tiennent au fait que le système serait financé par des recettes fiscales additionnelles. Tous les Canadiens et Canadiennes auraient accès aux mêmes services et paieraient en fonction de leur revenu. Le régime serait progressif parce que les personnes ayant un revenu plus faible auraient un taux d'imposition plus faible et on plafonnerait le montant d'impôt exigible pour éviter de créer un fardeau excessif pour les personnes ayant de grands besoins en matière de santé. Toutefois, le fardeau serait supporté dans une mesure disproportionnée par les personnes malades qui seraient les plus grands utilisateurs. Les personnes trop pauvres pour payer de l'impôt

sur le revenu seraient protégées, mais les personnes ayant un revenu modeste feraient encore face à des coûts additionnels qu'ils ne peuvent se permettre de payer à la fin de l'année. L'obligation de payer des coûts directs découragerait les particuliers d'utiliser les services nécessaires, ce qui augmenterait à terme le risque de problèmes de santé plus graves et augmenterait les dépenses publiques en services médicaux et hospitaliers. Si ces personnes décidaient de ne pas payer l'impôt dû sur les services de santé pour ne pas être obligés de réduire d'autres dépenses pour les nécessités de la vie, l'État serait forcé de choisir entre poursuivre les malades pour recouvrer les impôts qui lui sont dus ou absorber la perte d'impôt. Le régime serait complexe et coûteux du point de vue administratif, nécessitant des méthodes pour suivre les dépenses de santé de chaque citoyen et pour effectuer des vérifications. Enfin, le gouvernement n'exercerait aucun contrôle sur les coûts des services de santé.

Une troisième approche consiste à créer des comptes d'épargne pour soins de santé dans lesquels les travailleurs sans régime d'assurance-santé supplémentaire seraient tenus de verser une partie de leur salaire dans un compte d'épargne réservé aux soins de santé étendus[29]. Le compte accumulerait des intérêts à l'abri de l'impôt, comme un régime enregistré d'épargne-retraite et serait débité du coût des services de santé utilisés.

L'avantage de cette méthode tient au fait qu'elle serait autofinancée par les participants. Il y a plusieurs inconvénients. Il n'y aurait aucune mise en commun du risque puisque chacun supporterait la totalité des coûts des services de santé qu'il utilise, risquant ainsi d'épuiser le compte dans l'éventualité d'une maladie grave et prolongée. Les personnes sans emploi ne seraient sans doute pas assurées parce qu'elles ne pourraient contribuer à leur compte. Si les personnes sans emploi étaient assurées aux frais de l'État, ce dernier supporterait la plus grande part des coûts. Comme les participants voudraient se garder un coussin en cas de maladie grave, ils pourraient éviter de dépenser pour des services de prévention ou des traitements précoces. Ainsi, dans ce régime entièrement privé, les coûts des services de santé seraient entièrement déterminés par les forces du marché, comme ils le sont aux États-Unis où les coûts sont de loin les plus élevés de tous les pays industrialisés.

Une autre méthode consiste à financer les services de santé élargis de la même façon que les services assurés de la LCS sont financés, c'est-à-dire à même les recettes fiscales générales. Les avantages sont nombreux : simplicité et efficacité administratives; caractère progressif du partage des coûts; mise en commun maximale du risque; absence d'effet de dissuasion à l'utilisation des services nécessaires; et enfin, capacité maximale du bailleur de fonds public de contrôler le coût des services. Les régimes de santé à incidence fiscale absorbent habituellement deux à trois points de pourcentage de moins par rapport au produit intérieur brut que les modèles d'assurance sociale[30]. L'OMS appuie vivement le financement des services de santé à même l'impôt général et présente des données détaillées pour montrer que le paiement préalable (par l'impôt général) est la meilleure façon de percevoir des recettes tandis que les paiements directs ont tendance à être assez régressifs et, souvent, à nuire à l'accès aux soins[31].

Le CCNTA recommande que :

l'élargissement des services de santé fournis dans toutes les administrations soit financé à même les recettes fiscales générales sans nécessiter une quelconque forme de paiement privé individuel.

2.3 Comment la mise en oeuvre d'un programme de services de santé étendus devrait-elle se faire?

Manifestement, l'ampleur des changements recommandés par le Conseil est telle qu'ils ne peuvent se faire du jour au lendemain. Il faudra une période de transition pour rajuster de façon ordonnée les dépenses et les recettes publiques en soins de santé et permettre aux assureurs du secteur privé de s'adapter. Le CCNTA propose la prestation graduelle des services selon les critères des besoins de la population et de l'équité.

L'élargissement du régime public de soins de santé du Canada devrait débuter par les services de soins à domicile, puis, dès que possible, par un programme d'assurance-médicaments universel. Ces deux éléments sont

maintenant des services de santé essentiels pour les Canadiens et Canadiennes de tous âges. Ensuite, tous les services de santé et de soins personnels fournis aux résidents d'établissements de soins de longue durée devraient être couverts en totalité pour que ces derniers jouissent des mêmes avantages que les personnes recevant des soins dans la collectivité. Il est légitime d'exiger des frais de pension puisque ce sont là des dépenses normales de la vie. Néanmoins, ces frais devraient le plus possible refléter les taux du marché actuel dans la collectivité locale pour des services d'hébergement et d'alimentation similaires. Enfin, il faudrait inclure les autres services de santé, dont les soins dentaires, les lentilles et verres correcteurs, les appareils auditifs et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.

Le CCNTA recommande que :

en élargissant la couverture publique des services de santé, on donne la priorité aux soins à domicile puis à l'assurance-médicaments, suivis des soins de santé et personnels fournis aux résidents d'établissements de soins de longue durée. Les éléments à intégrer ultérieurement comprennent les soins dentaires, les lentilles et verres correcteurs, les appareils auditifs et d'autres appareils et accessoires fonctionnels.

Les frais de pension imposés aux résidents d'établissements de soins de longue durée ne devraient pas dépasser les taux du marché actuel dans la collectivité locale pour des services d'hébergement et d'alimentation similaires.

Pour aider à réduire les dépenses directes pour des services et des produits de santé en attendant qu'ils soient inclus à un régime public, le gouvernement du Canada pourrait améliorer l'allégement fiscal pour frais médicaux. Le crédit d'impôt pour frais médicaux actuel est insuffisant pour aider les Canadiens et Canadiennes à supporter le fardeau financier que représentent des dépenses de santé à long terme. Actuellement, le total des frais médicaux doit dépasser 1 614 $ ou 3 % du revenu net de l'individu et le crédit d'impôt n'est pas remboursable pour les particuliers qui ne font pas partie de la population active. Il faudrait prendre des dispositions pour

améliorer l'accès au crédit d'impôt pour les Canadiens et Canadiennes à faible revenu et à revenu modeste et à le rendre remboursable pour les personnes qui ne font pas partie de la population active, comme les aînés.

Le CCNTA recommande que :

le gouvernement fédéral donne un crédit d'impôt remboursable fondé sur le revenu pour tous les frais médicaux directs de plus de 500 $ qui n'ont pas été remboursés par des régimes d'assurance privés.

CONCLUSION

La prestation des soins de santé et les besoins de la population ont nettement changé depuis la mise en oeuvre du régime de soins de santé du Canada. Maintenant et dorénavant, les soins à domicile, l'assurance-médicaments et d'autres services et produits de santé qui ne sont assurés qu'en partie, voire pas du tout, deviennent aussi essentiels pour la santé que les services médicaux et hospitaliers. La couverture de ces services pour les aînés varie considérablement à travers le pays, ce qui oblige parfois les personnes à faible revenu et à revenu modeste à faire des choix difficiles entre les soins de santé et d'autres nécessités de la vie. Cette situation décourage beaucoup les Canadiens et Canadiennes à revenu moyen d'économiser en prévision de leur retraite. Le Conseil croit que tous les Canadiens et Canadiennes ont droit au même niveau de soins de santé peu importe où ils vivent au pays et que le revenu ne devrait pas être un facteur qui détermine l'accès à des services ou produits de santé importants pour préserver la santé et le mieux-être.

Le Canada est actuellement dans une position économique et financière favorable permettant d'élargir la gamme des services de santé qu'il fournit à la population et des indications laissent croire que les dépenses globales du régime de santé sont soutenables. De plus, le financement public est le modèle le plus équitable et rentable pour financer les soins de santé. Le CCNTA croit que l'objectif d'un régime de santé national, complet et public est réalisable et qu'une mise en oeuvre graduelle est une approche sensée pour satisfaire aux besoins immédiats tout en permettant aux administrations publiques et aux marchés privés de s'adapter.

Tableau 1. Détermination des frais — soins à domicile

Province	Coût des services personnels	Revenu sous lequel les services sont gratuits	Frais minimums	Frais maximum
T.-N.	Contribution fondée sur un examen des ressources et des actifs.			
N.-É.	Frais exigés selon une échelle mobile déterminée par le revenu et la taille de la famille. Variation selon le revenu et le nombre d'heures de services nécessaires. Des frais de 6 $/h. sont exigés (avec un maximum de 60 $ à 360 $)	Les services sont gratuits pour les personnes gagnant moins de 1 310 $ par mois (2 620 $/couple.	À un revenu de 1 310 $, le maximum exigible par mois est de 60 $.	Pour les personnes ayant un revenu mensuel supérieur à 3 272 $ (6 544$ pour un couple), le maximum est de 360 $ par mois.
N.-B.	Calcul selon le revenu.	Gratuit pour les personnes dont le revenu familial net est inférieur à 6 564 $.	Les personnes ayant un revenu familial net supérieur à 25 000 $ paient la totalité des coûts des services rendus. Une personne dont le revenu familial net est de 32 454 $ paiera un maximum de 12 000 $. Les calculs sont effectués au moyen de l'échelle des revenus.	
Î.-P.-É.	Frais exigés selon une échelle mobile déterminée par le revenu et la taille de la famille.	Les aînés célibataires ayant un revenu net inférieur à 1 004 $/mois (ou 12 059 $/an) et les couples ayant un revenu net inférieur à 1 404 $ ne sont pas tenus de payer les services. Les coûtes pour les clients recevant des soins palliatifs sont souvent supprimés, comme les coûts pour les clients du programme de protection des adultes.	Une personne seule ayant un revenu mensuel net entre 1 005 $ et 1 404 $ paie 1 $/h. de service. Un couple dont le revenu mensuel net varie entre 1 405 $ et 1 604 $ paie 1 $/h. de service.	Une personne seule ayant un revenu mensuel net de 3 805 $ et plus paie 13 $/h. de service (le maximum), comme un couple dont le revenu est d'au moins 3 605 $.
Qc	Les services sont gratuits dans certains cas, mais on donne la priorité aux clients à faible revenu. Cela dépend d'où ils vivent (5 à 7 $ par heure de service). Le CLSC effectue un examen au cas par cas (aucune politique établie).			
Ont.	Gratuit en autant que i) on évalue que la personne a besoin des services et ii) la personne vit seule ou avec un aidant naturel qui est incapable de fournir un tel soutien. Si le client a besoin de services spécialisés de la collectivité, il peut être tenu d'en supporter le coût.			
Man.	Gratuit (bien que si la collectivité fournit le service, comme la popote roulante, les clients peuvent devoir payer des frais qu'on supprime souvent quand la personne déclare qu'elle ne peut se le permettre.)			

Province	Coût des services personnels	Revenu sous lequel les services sont gratuits	Frais minimums	Frais maximum
Sask.	Tous les clients paient des frais fixes de 5,45 $/unité (p. ex. 1 repas) pour les 10 premières unités par mois. Le maximum mensuel est de 331 $. Après 10 unités, on exige un taux unitaire correspondant au revenu mensuel rajusté du client.	Les personnes recevant des prestations du Saskatchewan Assistance Plan ou du Saskatchewan Income Plan (excluant l'Allocation aux anciens combattants) sont entièrement couvertes. Elles paient un maximum de 54,50 $/mois. Elles ne paient rien pour les unités nécessaires après les 10 premières (c.-à-d. frais mensuels maximums = 54,50 $).	Les clients ayant un revenu mensuel rajusté de moins de 54,50 $ ne paient rien pour les unités de service additionnelles après les 10 premières (c.-à-d. frais mensuels maximaux = 54,50 $).	Les clients gagnant au moins 600 $ ne reçoivent aucune subvention. Après 10 unités, les frais unitaires sont de 5,90 $/h. pour un maximum de 331 $.
Alb.	Les clients paient des frais fixes de 5 $/h. pour les services de soutien à domicile comme les services d'aide ménagère et d'homme à tout faire. Ils paient des frais mensuels maximums fondés sur leur revenu, en tenant compte du revenu net et de la taille de la famille.	Les aînés recevant le SRG sont exemptés des frais pour les services de soutien à domicile. Une personne seule ayant un revenu net inférieur à 15 757 $ ne paie rien. Un couple ayant un revenu inférieur à 31 513 $ ne paie pas de frais mensuels maximums.	Une personne seule ayant un revenu net entre 15 757 $ et 31 512 $ paie des frais mensuels maximums de 50 $. Un couple dont le revenu net est de 31 513 $ à 36 768 $ paie des frais mensuels maximums de 50 $.	Une personne seule dont le revenu net est d'au moins 52 537 $ paie les frais mensuels maximums de 300 $, comme le couple ayant un revenu net d'au moins 57 793 $.
C.-B.	Des frais d'utilisation s'appliquent aux services de soutien à domicile selon un examen du revenu uniforme dans toute la province.	Il n'y a pas de frais pour les services fournis aux clients recevant des suppléments financiers du gouvernement (SRG, Allocation de conjoint, Allocation pour anciens combattants ou prestation du GAIN).	Les clients ne recevant pas de supplément du revenu paient des frais quotidiens fondés sur le revenu net. **Formule : revenu net (ligne 236 de la déclaration du revenu) moins l'impôt payé, moins le revenu de base annuel (personne seule = 10 284 $, couple = 16 752 $), moins le revenu gagné (jusqu'à un maximum de 15 000 $ chacun) pour obtenir votre revenu résiduel. Diviser le revenu résiduel par 720 pour obtenir le taux de soutien à domicile.	Le service est toujours fourni, mais il peut parfois être plus rentable pour le client d'obtenir les services ailleurs. Par exemple, si le taux quotidien du client est de 100 $ mais que le client n'a besoin que d'une heure de service, ce ne serait pas avantageux pour le client.
Yn	Gratuit			
T.N.-O.	Gratuit			

Tableau 2. Détermination des frais — assurance médicaments

Province	Admissibilité	Primes	Franchise	Participation aux coûts
T.-N.	Seuls les prestataires du SRG sont admissibles.	Aucune.	Aucune.	Les aînés paient les honoraires professionnels plus 10 % du coût des médicaments s'ils dépassent 30 $.
N.-É.	Couverture offerte à tous les aînés.	Les aînés paient une prime annuelle de 215 $. Un crédit de 300 $ est disponible selon le revenu.	Aucune.	20 % (minimum de 3 $ par prescription) jusqu'à un maximum de 200 $ par an.
N.-B.	On propose aux aînés d'adhérer à la Croix Bleue en payant une prime fondée sur le revenu.	Les prestataires du SRG ne paient pas de prime; les autres aînés peuvent adhérer à la Croix Bleue en payant une prime fondée sur le revenu (maximum de 58 $ par mois par personne). La plupart des aînés ne seront pas tenus de payer la prime.	Aucune.	9,05 $/prescription (pour les prestataires du SRG, un maximum annuel de 250 $).
Î.-P.-É.	Tous les aînés sont couverts.	Aucune.	Aucune.	Les aînés paient les honoraires professionnels plus 7 $ du coût du médicament.
Qc	Tous les aînés sont couverts.	Payable à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ); 0 $ à 175 $ par adulte par an selon le revenu.	Franchise de 25 $ par 3 mois.	Participation aux coûts de 25 $ du prix de la prescription jusqu'à un maximum par adulte par 3 mois; (max. SRG - 50 $; SRG partiel - 125 $; aucun SRG - 187,50 $).
Ont.	Tous les aînés sont couverts.	Aucune.	Les aînés à faible revenu ne paient pas de franchise. Ceux dont le revenu est supérieur à 16 018 $ (24 017 $ pour les couples) paient 100 $ par année.	Les aînés à faible revenu paient jusqu'à 2 $ par prescription; les autres aînés paient les 100 premiers dollars par an et jusqu'à un maximum de 6,11 $ de frais d'ordonnance.
Man.	Tous les aînés sont couverts.	Aucune.	Franchise de 3 % du revenu familial rajusté de plus de 15 000 $ ou 2 % du revenu familial rajusté de moins de 15 000 $.	Aucune.

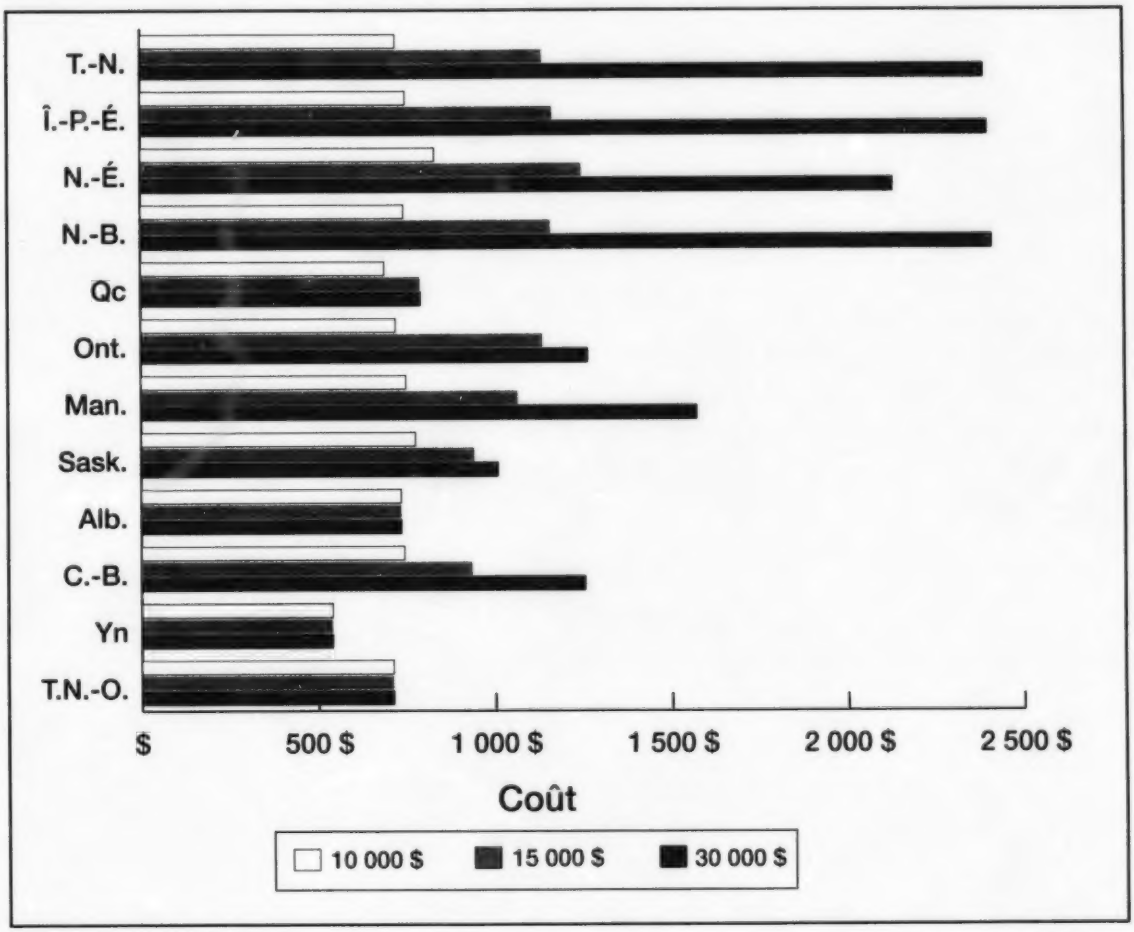
Province	Admissibilité	Primes	Franchise	Participation aux coûts
Sask.	Tous les aînés sont couverts.	Aucune.	Prestataires du SRG en foyer d'accueil - 100 $ par semestre; autres prestataires du SRG - 200 $ par semestre; autres aînés - franchise de 850 $ par semestre.	Dans tous les cas, une participation aux coûts de 35 % en plus de la franchise.
Alb.	Tous les aînés sont couverts.	Aucune.	Aucune.	Participation aux coûts de 30 % du coût du médicament jusqu'à un maximum de 25 $ par prescription.
C.-B.	Tous les aînés sont couverts.	Aucune.	Aucune.	Participation aux coûts de 100 % des honoraires professionnels jusqu'à un plafond de 200 $ par an.
Yn	Tous les aînés sont couverts.	Aucune.	Aucune.	Aucune.
T.N.-O	Tous les aînés sont couverts.	Aucune.	Aucune.	Aucune.

Tableau 3. Détermination des frais — soins de longue durée

Province	Variation des frais selon le revenu	Examen des actifs
T.-N.		Comprend les avoirs liquides mais pas les REÉR; exclut 5 000 $. pour les personnes seules et 10 000 $ pour les couples mariés.
N.-É.	On tient compte de toutes les sommes reçues.	Comprend l'argent, les investissements, les avoirs liquides, les produits de la vente d'immobilisations. La résidence principale est exclue si elle est au nom d'une autre personne.
N.-B.	Tout le revenu dépassant l'allocation personnelle est examiné pour les célibataires. Pour les couples : les premiers 11 558 $ sont exemptés, puis on inclut les 21 005 $ suivants, puis 30 % du revenu entre 21 005 $ et 35 502 $ puis tout ce qui dépasse 35 502 $.	Célibataire : tous les avoirs liquides sauf la résidence principale, 500 $ d'allocation personnelle et 5 500 $ de frais de pré-arrangements funéraires. Couple : exception pour des valeurs immobilières, un véhicule, 500 $ d'allocation personnelle, un fonds en fiducie de 75 000 $ et 5 500 $ de frais de pré-arrangements funéraires.
Î.-P.-É.		Exclut 500 $ en cas de pré-arrangements funéraires; 2 000 $ sinon. Exclut la résidence principale et 300 $ dans un compte bancaire.
Qc		On évalue les avoirs liquides et les valeurs matérielles. On peut exempter jusqu'à 40 000 $ pour la résidence principale.
Ont.	L'examen du revenu peut réduire les frais de 862 $.	
Man.	Minimum imposé si le revenu est inférieur à 11 419 $ (célibataire) et 30 745 $ (couple). Le taux quotidien augmente de 10 sous pour chaque 36,50 $ de revenu. Maximum exigé quand le revenu dépasse 23 299 $ (célibataire) ou 42 902 $ (couple) : environ 30 %.	
Sask.	Après un revenu mensuel de 916 $, les frais augmentent d'un dollar pour chaque 2 $ d'augmentation de revenu jusqu'aux frais maximums quand le revenu atteint 1 381 $; 50 %.	
Alb.	Non disponible.	
C.-B.	Minimum imposé sous 7 000 $ de revenu et maximum imposé au revenu d'au moins 30 000 $. Taux d'imposition marginal de 50 % à 30 % fondé sur le revenu après impôt.	
Yn	Non disponible.	
T.N.-O.	Non disponible.	

Figure 1.

Coût des soins en établissement de longue durée pour les aînés, selon la province et le revenu



(Données de 1998)

NOTES

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Les soins de santé au Canada* : un premier rapport annuel. Ottawa : 2000, p. 17-18.

2. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Genève : 2000.

3. Wilkins, K. et E. Park. Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité. *Rapports sur la santé*, hiver 1996, vol. 8, nº 3.

4. Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*. 3e éd. Nº de cat. 89-519-XPF. Ottawa : Statistique Canada, 1999.

5. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Nº de cat. H39-467/1999F. Ottawa : Santé Canada, 1999.

6. Statistique Canada. *Les habitudes de dépenses au Canada*. Nº de cat. 62-202-XPB. Ottawa : 1997.

7. Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé*. Nº de cat. H71-2/2-19-1997. Ottawa : 1997.

8. E. Richard Shillington, Tristat Resources, a présenté au CCNTA les conclusions d'un rapport qu'il a rédigé à contrat pour Santé Canada qui a autorisé la présentation au CCNTA et la citation des conclusions de ce rapport.

   Tristat Resources. *The Income Testing of Seniors' Social, Health and Income Supports*. Rapport inédit produit pour la Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, mars 1999.

9. Information sur les programmes de 1998 rapportée par Tristat Resources en 1999. Ibid.

10. Béland, F., V. Haldemann, J.-C. Martin, P. Bourque et P. Ouellette. *Vieillir dans la communauté : Santé et autonomie*. Rapport final pour Santé Canada, Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Nº de rapport 6605-4570-602. 1998.

11. Aronson, J. Elderly Women in the Home Care Marketplace: Experiences of the Mixed Economy of Care. Communication présentée à la Réunion scientifique et éducative annuelle de l'Association canadienne de gérontologie, Ottawa : 4-7 novembre 1999.

12. Par prime, nous entendons le coût d'inscription à un régime d'assurance. La franchise est un montant fixe que l'assuré doit payer pour un service; les coûts excédant ce montant sont admissibles à la couverture d'assurance. La participation aux coûts renvoie à une entente relative au partage des coûts conclue entre l'assuré et l'assureur et établissant le montant à payer pour chaque service obtenu. Les régimes publics d'assurance-médicaments peuvent inclure toutes les combinaisons de ces types de frais.

    Information sur les programmes de 1998 rapportée en 1999 par Tristat Resources. Ibid.

13. Alberta Community Development. *Review of Cumulative Impact of Program and Service Changes on Seniors*. Novembre 1996.

14. Keller, Heather H., Truls Østbye et Elizabeth Bright-See. Predictors of Dietary Intake in Ontario Seniors. *Canadian Journal of Public Health*, 1997, vol. 88, nº 5 : 305-309.

15. Tamblyn, Robyn. *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*. Mars 1999.

16. Millar, W. Disparités des régimes d'assurance-médicaments. *Rapports sur la santé*, printemps 1999, vol. 10, nº 4.

17. Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Nº de cat. H39-467/1999F. Ottawa : Santé Canada, 1999.

18. Idem.

19. Pichora-Fuller, K. et M. Cheesman. Preface to the Special Issue on Hearing and Aging. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology/Revue d'orthophonie et d'audiologie*, vol. 21, nº 2, juin 1997 : 75-79.

20. Lindsay, Colin. Ibid.

21. Finn, D. An overview of the assistive technology scene in Canada. *Technology and Disability*, vol. 9, 1998 : 81-88.

22. Canada. Ministère des Finances. Maintien d'une saine gestion financière. Chapitre 3 dans *Le plan budgétaire 2000*. Ottawa : 2000.

23. Fast, Janet, Dorothy Forbes et Norah Keating. Contributions and Needs of Informal Elderly Care Providers in Canada: Evidence from Statistics Canada's 1996 General Social Survey on Social Supports. Division des systèmes de santé, Santé Canada, mars 1999.

24. Palmer D'Angelo Consulting Inc. *National Pharmacare Cost Impact Study*. Ottawa : septembre 1997.

25. Denton, F.T. et B.G. Spencer. Population aging and its economic costs: A survey of the issues and evidence. *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, vol. 19, supplément 1, été 2000 : 1-31.

26. On signale cependant qu'à la différence des autres administrations, l'Alberta impose à chaque résident une prime de santé.

27. Tamblyn, R. *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*. Mars 1999.

28. Gordon, Michael, Jack Mintz et Duanjie Chen. Funding Canada's Health Care System: a Tax-Based Alternative to Privatization. *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 8 septembre 1998, vol. 159, nº 5 : 493-496.

29. Moon, Marilyn, Nichols, Len M. et Wall, Susan. *Medical Savings Accounts: A Policy Analysis*. The Urban Institute: 1998.

30. Fuller, Colleen. *Caring for profit*. Vancouver : New Star Books, 1998.

31. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000*.

Positions du
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Nº Titre

7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné-e-s, février 1990.
9. La position du CCNTA sur l'aide informelle : soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CCNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CCNTA sur la formation en gérontologie, décembre 1991.
12. La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada : maintenir la qualité de la vie, janvier 1993.
14. La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement, février 1993.
15. La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes aînées, septembre 1993.
16. La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis, février 1995.
17. La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé : le point de vue des aîné-e-s, février 1995.
18. La position du CCNTA sur les technologies de la santé et le vieillissement, mai 1995.
19. La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé, octobre 1997.
20. La position du CCNTA sur les soins à domicile, mars 2000.
21. La position du CCNTA sur l'élargissement du régime de soins de santé du Canada, octobre 2000.